

## Instrucciones del Formulario: Solicitud para Beneficiary Dental Exception (BDE)

Hay ayuda disponible si tiene problemas para recibir atención dental para usted o un miembro de su familia en Sacramento County. Por favor llene y envíe de vuelta este formulario.

### ¿Cómo lleno este formulario?

Si usted está llenando este formulario porque su *hijo* es el paciente y necesita recibir servicios, llene el formulario usando la información de su hijo o hija. Por favor asegúrese de escribir claramente y contestar toda la información posible. Si no podemos identificarlo a partir de la información provista, esto podría retrasar su solicitud.

- ① **Nombre de la Persona que Llena el Formulario:** Nombre y apellido en letra imprenta.
- ② **Nombre del Paciente (nombre y apellido):** Nombre y apellido en letra imprenta.
- ③ **Número de Benefits Identification Card Number (BIC) del Paciente:** Escriba el BIC de 14 dígitos. Usualmente son ocho (8) números seguidos de una (1) letra y otros cinco (5) números.
- ④ **Fecha de Nacimiento:** Escriba los dos (2) dígitos del mes, dos (2) dígitos del día, y cuatro (4) dígitos del año en que usted o su hijo(a) nació. Por ejemplo: 05/10/2010
- ⑤ **Mejor Número de Teléfono para localizarlo:** Escriba el número de 10 dígitos, incluyendo el código de área, del mejor número donde se le puede localizar. Por ejemplo XXX-XXX-XXXX
- ⑥ **Marque todas las casillas que apliquen:** Si usted marca "Otro", por favor explique el problema o problemas que tiene para programar una cita.
- ⑦ **Firma (Paciente o padre del paciente si se trata de un menor de edad):** Firme y coloque la fecha en el formulario. La firma es indispensable si se autoriza la baja en el plan dental.



### ¿Cómo devuelvo este formulario?

- Dirección de correo:** Attn: Dental Managed Care BDE  
PO Box 997413, MS4708  
Sacramento, CA 95899-7413
- Correo electrónico:** Subject: Dental Managed Care BDE: dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov
- FAX:** Attn: Dental Managed Care BDE, (916) 464-3783

### ¿Qué puedo esperar?

- Cuando el formulario haya sido recibido por la Medi-Cal Dental Managed Care Unit, usted recibirá una llamada telefónica dentro de los (3) tres días laborales luego de haberse recibido.
- El personal de Medi-Cal Dental le ayudará a programar una cita con su proveedor o el proveedor de su hijo(a).
- Si se programa exitosamente una cita, el personal de Medi-Cal Dental le hará una llamada de seguimiento después de la cita para asegurarse de que no hayan más problemas de acceso.
- Si el personal de Medi-Cal Dental no logra programar una cita para usted o su hijo(a), se tomarán las medidas para ayudarle a encontrar un proveedor/plan dental o para trasladarlo a usted o su hijo a un programa de pago por servicio de Medi-Cal Dental, Denti-Cal, para recibir atención dental.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a la línea gratuita de DMC al 1-855-347-3310 o envíe un correo electrónico a Dental Managed Care dirigido a dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov; Subject: Dental Managed Care BDE.